

**SEGUIMIENTO post TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO**

Fecha de seguimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino  Masculino

**Datos del seguimiento:**

Tipo de seguimiento:

- Seguimiento hasta el 5to año
- Seguimiento periódico a partir del 5to año
- Seguimiento anual a partir del 5to año

Creatininemia del seguimiento actual (mg/dl) \_\_\_ \_\_ , \_\_\_ \_\_

**Datos del trasplante renal:**

Fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**COORDINADOR DEL PROGRAMA**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Adjuntar estudios realizados y resumen clínico.**